

# Anamnesebogen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

herzlich willkommen in unserer Praxis!

Bitte versuchen Sie, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten.

Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben streng vertraulich.

Vielen Dank!

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Telefonnummer: .....

E-Mail: .....

Größe und Gewicht: ..... cm ..... kg

## Versicherungsstatus

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)  ja  nein

Kasse: .....

Private Krankenversicherung (PKV)  ja  nein

Versicherung: .....

Weitere Angaben: .....

## Hausarztzentrierte Versorgung (HZV):

Die aktive Teilnahme von gesetzlich versicherten Patienten an der Hausarztzentrierten Versorgung ist für uns Voraussetzung für die Annahme neuer Patienten. Weitere Informationen erhalten Sie von unserem Team.

## Bestellpraxis - Hinweise zur Organisation:

Wir sind immer bemüht, Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen. Deshalb bitten wir Sie, vereinbarte Termine mindestens 24 Stunden vorher abzusagen, falls Sie verhindert sind- gerne auch per E-Mail. Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine auch

Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung nach der privaten Gebührenordnung (GOÄ) in Rechnung zu stellen.

Bedenken Sie bitte, dass Patienten, die uns mit akuten Beschwerden aufsuchen, in das Bestellsystem eingebunden werden müssen. Dadurch kann es zu Zeitverzögerungen kommen, für die wir um Ihr Verständnis bitten.

### Lebensstil

- Sind Sie sportlich aktiv?  ja  nein
- Ernähren Sie sich vegetarisch/ vegan?  ja  nein
- Rauchen Sie? Haben Sie früher geraucht?  ja  nein

### Allgemeine Fragen

- Waren Sie schon mal im Krankenhaus?  ja  nein
- Wurden Sie schon mal operiert?  ja  nein
- Operation(en): .....
- .....
- Besitzen Sie ein Impfbuch?  ja  nein
- Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?  ja  nein
- Wenn ja, welche: .....
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  ja  nein
- Wenn ja, welche: .....
- .....
- Haben in der Vergangenheit allergisch auf Antibiotika reagiert?  ja  nein
- Wenn ja, welche: .....
- Haben Sie Allergien?  ja  nein
- Wenn ja, welche: .....
- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?  ja  nein
- Wenn ja, welche: .....

### Vorsorge

- Hatten Sie schon mal eine Darmspiegelung?  ja  nein
- Hatten Sie schon mal ein Hautkrebsscreening?  ja  nein

Hatten Sie schon mal ein Check-up 35 (Gesundheitsuntersuchung)?  ja  nein

### **Herz und Kreislauf**

Haben Sie Bluthochdruck (Arterielle Hypertonie)?  ja  nein

Haben/ hatten Sie Vorhofflimmern?  ja  nein

Hatten Sie einen Herzinfarkt?  ja  nein

Hatten Sie einen Schlaganfall (Apoplex)?  ja  nein

Haben Sie gelegentlich Schmerzen in der Brustgegend?  ja  nein

Haben Sie gelegentlich ein Engegefühl in der Brustgegend?  ja  nein

Ist Ihnen häufiger schwindelig?  ja  nein

Waren Sie schon einmal bewusstlos?  ja  nein

Haben Sie beim Gehen muskelkaterartige Schmerzen in den Beinen?  ja  nein

### **Atmung**

Haben Sie Asthma?  ja  nein

Haben Sie Heuschnupfen?  ja  nein

Haben Sie COPD?  ja  nein

Haben Sie Luftnot bei körperlicher Belastung?  ja  nein

Haben Sie oft Husten oder Auswurf?  ja  nein

### **Magen und Darm**

Haben Sie häufig Sodbrennen?  ja  nein

Haben Sie häufig Magenschmerzen?  ja  nein

Haben Sie häufig Durchfälle oder Verstopfung?  ja  nein

### **Hormonhaushalt**

Besteht eine Schilddrüsenerkrankung?  ja  nein

Besteht ein Diabetes mellitus?  ja  nein

**Welche der von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) übernommenen Vorsorgeuntersuchungen möchten Sie gerne in Anspruch nehmen?**

- Check-up 35 (alle 3 Jahre ab 35. LJ)  ja  nein
- Hautkrebsscreening (alle 3 Jahre ab 35. LJ)  ja  nein
- Krebsfrüherkennung Männer (jährlich ab 50. LJ)  ja  nein
- Darmkrebsfrüherkennung mit Stuhltest (jährlich ab dem 50. LJ)  ja  nein
- Koloskopie (ab 55. LJ)  ja  nein

### **Teilnahme an Impfprogramm und Recall-System der Praxis**

- Möchten Sie an unserem Impfprogramm teilnehmen?  ja  nein
- Möchten Sie per E-Mail an geplante Untersuchungstermine erinnert werden (Recall-System)?  ja  nein

### **Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Hiermit entbinde ich alle Ärzte, die mich bisher untersucht oder behandelt haben von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle für meine medizinische Weiterbehandlung relevanten stationär oder ambulant erhobenen Befunde von der Praxis Dr. Opfermann angefordert werden dürfen.

.....  
Datum und Unterschrift